



DEPARTMENT OF TRANSPORTATION SERVICES
CITY AND COUNTY OF HONOLULU

650 SOUTH KING STREET, 3RD FLOOR
HONOLULU, HAWAII 96813

Phone: (808) 768-8305 • Fax: (808) 768-4730 • Internet: www.honolulu.gov

JAPANESE

被害届

インフォメーション／被害届提出方法

ホノルル市郡交通局とオアフ・トランジット・サービスでは、ザ・バスやザ・ハンディバンを利用する際に、いかなる人も第6条公民権にて禁止される差別行為を受けることがないように最善を尽くしています。1964年第6条公民権「アメリカ合衆国では、連邦政府の金融援助を受けているプログラムや活動において、いかなる人も人種、肌の色、出身国を理由に、参加の拒否、給付の拒否、または差別されてはいけない」

被害届には以下の情報が必要となります。アシスタントが必要な場合はTheBus 768-8374 TheHandi-Van 768-8300までご連絡ください。記入後、以下の住所まで郵送または提出してください。City & County of Honolulu, Department of Transportation Services, Public Transit Division, 650 South King Street, 3rd Floor, Honolulu, HI 96813.

PLEASE PRINT CLEARLY IN ENGLISH. 英語ではっきりと記入してください

セクション I		
被害者の名前:		
住所:		
電話番号 (自宅):	電話番号 (職場):	
Eメールアドレス:		
必要とする障害者用サービス	<input type="checkbox"/> 大きな活字	<input type="checkbox"/> 音声テープ
	<input type="checkbox"/> TDD 聴覚障害者用通信器	その他:
セクション II		
この被害はご自身が受けたものですか?	<input type="checkbox"/> はい*	<input type="checkbox"/> いいえ
*はい、と答えた方はセクションIIIへお進みください。		
いいえの方は被害者の名前、そして関係を記入してください:		
第三者の為に記入した理由:		
第三者の為に記入している場合は当事者の許可を得る必要があります。許可をもらっていますか?	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
セクション III		
私が受けたと感じた差別は以下に基づくものです (該当するもの全てに印):		
<input type="checkbox"/> 人種 <input type="checkbox"/> 肌の色 <input type="checkbox"/> 出身国		
差別を受けた日 (月/日/年): _____		

可能な限り明確に起きた出来事、そして何故差別されたと感じたのかを説明してください。関係者全員も描写してください。もしわかるのであれば差別をした人物の名前と連絡先、そして目撃者の名前と連絡先も記入してください。記入欄のスペースが足りない場合は紙に書いたものを添付してください。

セクション IV

以前この機関で第六条公民権に関連した被害届を記入した事がありますか？

はい

いいえ

セクション V

この被害を連邦、州、地方機関、又は連邦、州裁判所など他の機関へ提出しましたか？
 はい いいえ

該当するものに印を付け、機関の名前を記入して下さい:

連邦機関 Federal Agency: _____ 連邦裁判所 Federal Court: _____

州機関 State Agency: _____ 州裁判所 State Court: _____

地方機関 Local Agency: _____

被害届を提出した機関又は裁判所のコンタクト先の情報を記入してください

名前:

肩書き:

電話番号:

機関:

住所:

セクション VI

被害を受けた機関の名前:

コンタクト先:

肩書き:

電話番号:

被害に関する書類や情報があれば全て一緒に提出してください。
下に日付と署名をしてください。

Signature 署名

Date 日付